

SERIES INFORMATIVAS SOBRE HIPAA

1. HIPAA 101 PARA LOS PROVEEDORES DE LA SALUD

HIPAA

Un Reto y Oportunidad para la Industria del Cuidado de la Salud

INFORMACION DE TEMAS DE SERIES

★ 1. HIPAA 101

2. *¿Es usted una entidad cubierta?*

3. *Fechas claves de HIPAA y guías para prepararse.*

4. *¿Qué transacciones electrónicas y conjunto de códigos están estandarizados por HIPAA?*

5. *¿Está tu vendedor de programación ó facturación listo para HIPAA?*

6. *¿Qué debes esperar de tus planes médicos?*

7. *¿Qué necesitas saber sobre las pruebas técnicas?*

8. *Intercambio de acuerdos con los socios.*

9. *Pasos finales para cumplir las transacciones electrónicas y conjunto de códigos.*

10. *Cumplimiento*

El Reto

La industria del cuidado de la salud a experimentado cambios dramáticos a través de los años. A medida que nuevas tecnologías son adoptadas y nuestro sistema se ha vuelto más complejo – de igual manera ha aumentado la complejidad de la administración del cuidado de la salud. La mayor parte de los pagadores de reclamaciones del cuidado de la salud han desarrollado sus propios estándares para facturas y otras transacciones del cuidado de la salud. Esto ha resultado en costos administrativos para los proveedores, en la proliferación de diferentes reclamaciones y procedimientos con los cuales hay que lidiar diariamente, y con los complicados programas de computadora. Como proveedor de cuidado de la salud, usted sabe que una oficina médica puede ser requerida a que someta muchos diferentes tipos de formas de pago. Esto puede ser frustrante a todos en el proceso (pacientes, aseguradores, patronos y proveedores). Las oportunidades para cambiar esto parecían estar fuera de alcance – hasta ahora.

La Oportunidad

La ley conocida como “HIPAA” se refiere a la Ley de Portabilidad y Contabilidad de Seguros de Salud de 1996. El Congreso aprobó esta ley para: (1) proveer a los consumidores más acceso a seguros de cuidado de la salud; (2) proteger la privacidad de información relacionada con el cuidado de la salud; y (3) para promover más estandarización y eficiencia en la industria del cuidado de la salud.

HIPAA promueve la estandarización y eficiencia en la industria del cuidado de la salud.

Hay cuatro partes de la “Simplificación Administrativa de HIPAA”.

- Transacciones electrónicas y los requisitos de códigos estandarizados.
- Requisitos de Privacidad.
- Requisitos de Seguridad.
- Requisitos de Identificadores Nacionales.

Este es el primer documento informativo de una serie para ayudar a educar a los profesionales del cuidado de la salud con las realidades de HIPAA. Colectivamente, los documentos proporcionan información, sugerencias, avisos, guías, y listas de cotejo para asistir a los proveedores del cuidado de la salud a que entiendan en lo que deben enfocarse. Cada documento provee una descripción general de temas que lo asistirán a navegar a través del proceso de HIPAA. Desde determinar si usted es una entidad cubierta – reconocer ciertas fechas límites - implementación – y finalmente el hacer cumplir la regla – esta serie está dirigida a proveer información y recursos que lo ayudarán a cumplir con las “Transacciones Electrónicas y los requisitos de Códigos Estandarizados de HIPAA”.

Transacciones Estándares

1. Reclamación o encuentro de información equivalente.
 2. Pagos y avisos de remitentes.
 3. Investigación del estado de la reclamación y respuesta.
 4. Investigación de la elegibilidad y respuestas.
 5. Certificaciones de referidos, investigaciones autorizadas y respuestas.
 6. Inscripción y retiro de los planes médicos.
 7. Pago de las primas de los planes médicos.
 8. Coordinación de beneficios.
- Pendiente de Aprobación:*
9. Anexos de reclamaciones.
 10. Primer reporte de daños.

Códigos

1. Servicios médicos y otros de cuidados de salud. **Combinación de HCPCS y CPT-4.**
2. Suministros médicos y ortopédicos, **DME-HCPCS.**
3. Condiciones y otros problemas de salud y sus manifestaciones. **ICD-9-CM, volúmenes 1 y 2.**
4. Servicios dentales-**código de procedimientos dentales y nomenclatura.**
5. Medicinas/Biológicas-**NDC para detallistas de farmacia.**

¿Por qué la Simplificación Administrativa de HIPAA?

HIPAA implementará cambios diseñados a modernizar la administración del cuidado de la salud. HIPAA requiere uniformidad y estándares básicos para toda información de salud. No es posible que todo asegurado y patrono tenga sus propios requisitos para procesar las reclamaciones. Se le solicitará a todo el mundo que provea la misma información y formatos estandarizados para procesar reclamaciones y pagos. También se solicitará información concerniente al mantenimiento y la transmisión electrónica de data e información del cuidado de la salud. A corto plazo, HIPAA requerirá esfuerzo, recursos y compromiso por parte de las oficinas de proveedores. Sin embargo, a largo plazo, esta ley tendrá mayores beneficios. En estos momentos, hay sobre 400 formas diferentes de someter una reclamación. Con HIPAA solo habrá una forma de someter una reclamación. Una vez estos requisitos estandarizados se implementen, su equipo de trabajo pasará menos tiempo en los teléfonos obteniendo información que necesiten. Como resultado, la estandarización de someter reclamaciones y el proceso de simplificación debe ser uno que sea pagado más rápido, fácil y a la vez menos costoso. Los requisitos de HIPAA también ayudarán a los proveedores a tomar ventaja de la nueva tecnología y a mejorar de forma general sus prácticas de negocios.

NOTA: Con HIPAA los códigos locales son reemplazados con códigos nacionales estandarizados.

Transacciones Electrónicas y Requisitos de Códigos

Transacciones son actividades que involucran la transferencia de información del cuidado de salud para propósitos específicos. Bajo la "Simplificación Administrativa de HIPAA", si un proveedor del cuidado de la salud se compromete con una de las transacciones identificadas, ellos deben cumplir con los estándares para esa transacción. HIPAA requiere que todo proveedor que haga negocios electrónicamente utilice las mismas transacciones de cuidados de salud, conjunto de códigos e identificadores. HIPAA ha identificado los diez "Estándares Nacionales de Intercambio de Data Electrónica" (EDI) para la transmisión de data del cuidado de salud. Reclamaciones e información equivalente, pagos y giros de advertencia, estados de reclamación y preguntas son varios de los "Estándares de Transacciones Electrónicas." Revise todas las transacciones electrónicas que requiere HIPAA (mencionadas en el cuadro de la izquierda de esta página) y determine que estándares son usados por su oficina.

Los conjunto de códigos, son los códigos utilizados para identificar procesos específicos clínicos y diagnósticos en reclamaciones y formas equivalentes. Los códigos CPT-4 y ICD-9 que son familiar para usted son ejemplos de conjunto de códigos utilizados para codificación de procedimientos y diagnósticos. Otros conjunto de códigos que son requisitos en la ley de la "Simplificación Administrativa de HIPAA" incluyen códigos usados por los suplidores médicos, servicios dentales y medicinas.

**Información
GRATIS y
Herramientas
Disponibles en
el sitio Web
de CMS**

<http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>

Herramienta de decisión para entidades cubiertas

Lista de cotejo para proveedores

Lista de servicio y alcance de CMS

Fechas de conferencias de audio sobre HIPAA

Enlace al HIPAA HHS

Videos Instructivos

Preguntas más frecuentes de HIPAA y fechas de cumplimiento

Formas de reclamación

Preguntas de Privacidad sobre HIPAA

<http://www.hhs.gov/oc/hipaa/>

Llame GRATIS a la línea de ayuda de Privacidad al:
1-866-627-7748

Otros Requisitos de la Simplificación Administrativa de HIPAA

- **Requisitos de Privacidad:** Los requisitos de privacidad limitan el revelar información de salud protegida sin el conocimiento y consentimiento mas allá de la que se requiere para el cuidado del paciente. La información personal de un paciente debe ser sumamente protegida y cuidadosamente manejada cuando se realiza el negocio de cuidado de la salud.
- **Requisitos de Seguridad:** El reglamento de seguridad delinear los requisitos administrativos, técnicos y físicos mínimos para prevenir el acceso no autorizado a información protegida sobre servicios de salud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos publicó las instrucciones finales de los requisitos de seguridad en el "Registro Federal" el 20 de febrero del 2003.
- **Requisitos de los Identificadores Nacionales:** HIPAA requerirá que los proveedores de la salud, planes médicos y patronos tengan números estándares nacionales que los identifiquen en las transacciones estandarizadas. El Número de Identificación del Empleado (EIN) impreso por el Servicio de Rentas Internas (IRS) fue seleccionado como el identificador para patronos y fue adoptado efectivo el 30 de julio del 2002. Se espera que los restantes identificadores sean determinados el próximo año.

¿Quiénes están afectados por HIPAA?

La ley aplica a tres grupos conocidos como "entidades cubiertas".

- **Proveedores del Cuidado de la Salud:** Cualquier proveedor médico ó del cuidado de la salud, suplidor, que envíe electrónicamente cualquier información de la salud en conexión con una transacción para la cual requisitos estandarizados han sido adoptados.
- **Planes Médicos:** Cualquier individuo o plan grupal que provee ó paga los costos de cuidado de salud.
- **Facilidades de Aprobación del Cuidado de la Salud:** Entidad pública ó privada que transforma las transacciones del cuidado de la salud de un formato a otro.

Sin embargo, HIPAA, indirectamente impacta muchos otros en el campo del cuidado de la salud. Por ejemplo, los vendedores de programas de facturación y los servicios de facturación de terceros que no son las facilidades de aprobación, no tiene que cumplir con la ley. Pero aún estas entidades, puede que necesiten hacer cambios para poder continuar haciendo negocios con personas "cubiertas" por HIPAA.

NOTA: Pregúnte a su facturador o vendedor de programación si está listo para HIPAA

**FECHAS
LIMITES**

14 de abril del 2003
**Fecha Límite
de Privacidad**

16 de abril del 2003
Pruebas Técnicas

Usted debe empezar a realizar pruebas técnicas de sus programas no más tarde del 16 de abril del 2003.

16 de octubre del 2003
**Fecha Límite de las
Transacciones
Electrónicas y los
Requisitos de
Códigos**

Nota: Las reclamaciones de Medicare se someterán de forma electrónica con la excepción de los pequeños proveedores bajo unas circunstancias limitadas.

21 de abril del 2005
**Fecha Límite de
Seguridad**

Primeros Pasos Hacia El Cumplimiento de HIPAA

Si no esta preparado para HIPAA, es tiempo de comenzar.

- ❑ Averigüe si HIPAA le aplica a usted. Visite el sitio web y revise el segundo documento de esta serie, ¿Es usted una entidad cubierta?
- ❑ Llame a su plan de salud, pagadores y facilidades de aprobación y pregunte sobre las pruebas técnicas y los planes de implementación de HIPAA.
- ❑ Si usted está usando un servicio de facturación, averigüe si ellos están preparados para HIPAA.
- ❑ Hable con su asociación de proveedores acerca de HIPAA.
- ❑ Averigüe sobre los esfuerzos regionales de HIPAA a través de su representante regional de "Proceso de Implementación de Estrategia Nacional" (SNIP). Estos son grupos locales con conocimiento extenso sobre HIPAA.

PARA MAS INFORMACION SOBRE HIPAA...

Envíe a través del e-mail sus preguntas a: askhipaa@cms.hhs.gov
o llame GRATIS a la línea de ayuda de CMS HIPAA 1-866-282-0659

Visite el sitio web de CMS HIPAA: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2>

Inscribase para aprender lo último en Simplificación Administrativa de CMS sobre materiales y eventos de alcance:
<http://list.nih.gov/archives/hipaa-outreach-1.html>

Inscribase a la Lista de Servicio de Regulaciones de HIPAA para avisos gratuitos de e-mail a: <http://www.cms.hhs.gov/hipaa/hipaa2/regulations/lsnotify.asp>

Para encontrar su (SNIP) local, vaya a: <http://www.wedi.org/snip>